

## Prevalence of Psychiatric Disorders in Children and Adolescents in Ardabil Province: A Population-Based Study

Mowlavi P<sup>1</sup>, Mohammadi MR<sup>2</sup>, Nadr Mohammadi Moghadam M\*<sup>1</sup>, Khaleghi A<sup>2</sup>, Mostafavi A<sup>2</sup>

1. Department of Psychiatry, school of Medicine, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran,

2. Center for Psychiatric and Psychological Studies, Roozbeh Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

\* *Corresponding author.* Tel: +989144560870, Fax: +984533232670, E-mail: [Mehriar46@yahoo.com](mailto:Mehriar46@yahoo.com)

Received: Apr 19, 2018      Accepted: Jun 20, 2018

### ABSTRACT

**Background & objectives:** Considering the importance of prevalence studies in disease management, this study was conducted to determine the prevalence of psychiatric disorders in children and adolescents in Ardabil province.

**Methods:** In this study, 1035 children and adolescents aged 6 to 18 were selected using cluster random sampling and examined with a digital version of the K-SADS in terms of psychiatric disorders. In the present work, 24 types of psychiatric disorders in children and adolescents were evaluated. Sampling was done in the general population and interviews were conducted at the door of the house. Assessments were carried out by experienced psychologists. The point and interval prevalence (with 95% confidence interval) were calculated for disorders. Data were analyzed using SPSS (v.22) software.

**Results:** Hyperactivity, oppositional defiant, enuresis, and separation anxiety disorders had the highest prevalence in the studied sample. In contrast, psychosis, autism and panic disorders had the lowest prevalence. Depression had a moderate prevalence (1.7%) among other disorders. The overall prevalence of disturbances was 31.7%.

**Conclusion:** The prevalence of psychiatric disorders in Ardabil children and adolescents was high. According to this rate, *etiologic* studies are necessarily needed for disorders with high prevalence and health systems should design and manage preventive plans for the general public.

**Keywords:** Psychiatric Disorders; Child and Adolescent; Prevalence

# شیوع شناسی اختلالات روانپزشکی کودک و نوجوان در استان اردبیل: یک مطالعه مبتنی بر جمعیت عمومی

پرویز مولوی<sup>۱</sup>، محمد رضا محمدی<sup>۲</sup>، مهریار ندر محمدی مقدم<sup>۱\*</sup>، علی خالقی<sup>۲</sup>، علی مصطفوی<sup>۲</sup>

۱. گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران

۲. مرکز مطالعات روانپزشکی و روانشناسی، بیمارستان روزبه، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

\* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۱۴۴۵۶۰۸۷۰ فاکس: ۰۴۵۳۳۲۳۶۷۰ پست الکترونیک: Mehriar46@yahoo.com

## چکیده

**زمینه و هدف:** با توجه به اهمیت مطالعات مقطعی در کنترل بیماری ها، این مطالعه با هدف بررسی شیوع اختلالات روانپزشکی در طول عمر در کودکان و نوجوانان استان اردبیل در سال ۹۶ انجام شد.

**روش کار:** در این مطالعه ۱۰۳۵ نفر از کودکان و نوجوانان ۶ تا ۱۸ سال با استفاده از نمونه گیری تصادفی خوشه ای انتخاب شدند و با نسخه دیجیتال آزمون K-SADS از نظر اختلالات روانپزشکی مورد بررسی قرار گرفتند. ۲۴ نوع اختلال روانپزشکی کودک و نوجوان در این مطالعه ارزیابی شدند. نمونه گیری در جمعیت عمومی و با مراجعه به درب منازل صورت گرفت. ارزیابی ها توسط روانشناسان دوره دیده انجام شد. برای اختلالات شیوع نقطه ای و شیوع فاصله ای با فاصله اطمینان ۹۵٪ محاسبه گردید. تحلیل آماری داده ها با نرم افزار SPSS-22 صورت گرفت.

**یافته ها:** اختلال نقص توجه بیش فعالی، نافرمانی مقابله ای، شب ادراری و اضطراب جدایی چهار اختلالی هستند که بالاترین شیوع را در نمونه مورد بررسی داشتند و اختلالات سایکوز، اتیسم و پانیک کمترین شیوع را داشتند. افسردگی با ۱/۷ درصد شیوع متوسطی بین سایر اختلالات داشت. شیوع کلی اختلالات ۳۱/۷ درصد بود.

**نتیجه گیری:** میزان شیوع اختلالات روانپزشکی در کودکان و نوجوانان اردبیل شیوع بالایی دارد. با توجه به این میزان شیوع، ضروری است مطالعات سبب شناسی برای اختلالاتی که شیوع بالایی دارند انجام شود و سیستم های بهداشتی برنامه های پیشگیرانه ای را برای عموم مردم طراحی و به مورد اجرا درآورند.

**واژه های کلیدی:** اختلالات روانپزشکی، کودک و نوجوان، شیوع

دریافت: ۱۳۹۷/۱/۳۰ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۳/۳۰

## مقدمه

از نیمه دوم قرن بیستم مطالعات اپیدمیولوژیک از محدوده صرفاً بیماری های عفونی به مطالعه سایر عواملی که سلامتی را تحت تاثیر قرار می دهند گسترش یافت [۱،۲]. مطالعه بیماری های غیرواگیر مثل بیماری های قلبی، سرطان ها و بیماری های روانی از موارد گسترش یافتن مطالعات اپیدمیولوژیک هستند. تحقیقات اپیدمیولوژیک در

روانپزشکی آهسته تر از سایر بیماری ها پیشرفت کرد [۳]. اما از اواخر دهه ۱۹۷۰ به دنبال تعیین معیارهای تشخیصی دقیق تر و با ایجاد مصاحبه های ساختاریافته بالینی و ظهور ارزیابی های استاندارد برای اختلالات روانپزشکی مطالعات اپیدمیولوژیک روانپزشکی تحول سریعتی پیدا می کند [۴]. با افزایش آگاهی از اهمیت بیماری های روانی، بار مالی این اختلالات [۵،۶] ضرورت انجام مطالعات

اپیدمیولوژیک در زمینه بیماری‌های روانی بیشتر احساس شد. این ضرورت‌ها تا جایی پیش رفت که به ایجاد برنامه‌ها یا سیستم‌های ملی و بین‌المللی مطالعه بیماری‌های روانی انجامید. از جمله می‌توان به مطالعات منطقه اپیدمیولوژیک (ECA<sup>۱</sup>)، بررسی ملی همبندی بیماری‌ها (NCS<sup>۲</sup>)، تفاهم نامه بین‌المللی اپیدمیولوژیک روانپزشکی (ICPE<sup>۳</sup>)، بررسی جهانی بهداشت روان (WMHS<sup>۴</sup>)، بار کلی بیماری‌ها (GBD<sup>۵</sup>)، موسسه ملی بهداشت روان (NIMH<sup>۶</sup>) اشاره کرد.

اکثر مطالعات گذشته نگر و آینده نگر بیانگر این واقعیت است که اختلالات روانپزشکی بزرگسالی در دوران کودکی و نوجوانی شروع می‌شوند. دوران کودکی و نوجوانی از نظر بسیاری از متخصصین رشد زمان حساس شکل‌گیری شخصیت در نظر گرفته می‌شود [۷، ۸] و معتقدند که اساس و بنیاد بسیاری از بیماری‌های روانی را می‌توان در دوران کودکی و نوجوانی یافت [۹].

مطالعات اپیدمیولوژیک در زمینه اختلالات روانپزشکی کودکان و نوجوانان عمدتاً مبتنی بر داده‌های حاصل از کلینیک‌های روانپزشکی می‌باشند و اطلاعات حاصل از این مطالعات به علت تفاوت افراد مراجعه‌کننده به کلینیک‌ها با افراد مراجعه نکرده به کلینیک نمی‌تواند تصویر روشنی از سیمای بالینی اختلال در اجتماع را فراهم آورد. ضروری است اطلاعات حاصل از جمعیت بالینی با اطلاعات حاصل از جمعیت عمومی تعدیل و تکمیل گردد تا تصویر روشن و کاملی از میزان، روند بیماری‌ها و عوامل مرتبط با آن را بدست دهد. شاید اولین مطالعه در زمینه روانپزشکی کودک و نوجوان که بر اساس

داده‌های حاصل از جمعیت عمومی می‌باشد، مطالعه ای است که در یکی از مناطق ویرجینیای امریکا در سال ۱۹۶۰ انجام شده است [۱۰]. این مطالعه الگویی شد برای سایر مطالعات اپیدمیولوژیک که در زمینه اختلالات روانپزشکی کودک و نوجوان در جمعیت عمومی انجام شدند. از آن تاریخ مطالعات زیادی صورت گرفت که از جمله آنها می‌توان به مطالعه کاستلو و همکاران در سال ۲۰۰۳ اشاره کرد [۱۱]. در این مطالعه کودکان ۹ تا ۱۳ ساله را تا ۱۶ سالگی هر ساله مورد ارزیابی قرار دادند. آنها شیوع اختلالات روانپزشکی را بطور کلی ۱۳/۳ درصد گزارش کردند. آنها مشاهده کردند که در طول مطالعه ۳۶/۷ درصد شرکت‌کنندگان حداقل یک اختلال روانپزشکی را تجربه کردند. مطالعه کسلر در سال ۲۰۰۵ نیز بیانگر شیوع نسبتاً بالای اختلالات روانپزشکی (۴۶/۴٪ برای همه اختلالات در طول عمر) کودک و نوجوان بود. وی همچنین نشان داد بسیاری از اختلالات سن شروع کمتری دارند [۱۲]. در مطالعه مریکانگس هم ذکر شده ۱ کودک از ۳ یا ۴ کودک دارای نشانه‌های اختلال روانپزشکی می‌باشد. این در حالی است که فقط یک کودک از ۱۰ کودک به خدمات بهداشت روان دسترسی دارد [۱۳]. شیوع افسردگی در کودکان در مطالعه مروری مریکانگس ۴ درصد عنوان شده است [۱۳]. شیوع اختلال افسردگی در طول عمر در مطالعات پیگیرانه ۲۳ درصد گزارش شده است. میزان شیوع اختلالات دوقطبی در طول عمر در کودکان از ۰ تا ۲/۱ درصد بود. مطالعه لوین سون نشان داد که در ۱۴ سالگی در پسرها و دخترها بیماری دوقطبی افزایش و بعد از این سن کاهش می‌یابد. برخی از مطالعات نشان دادند که اضطراب کودکان ممکن است تظاهر اولیه اختلال دوقطبی باشد. بطور کلی مطالعه مروری مریکانگس بیانگر شیوع اضطراب در ۸ درصد کودکان بود. اختلال اضطراب منتشر و اختلال هراس اجتماعی شایعترین اختلالات اضطرابی

<sup>۱</sup> Epidemiologic Catchment Area

<sup>۲</sup> National Comorbidity Survey

<sup>۳</sup> International Consortium in Psychiatric Epidemiology

<sup>۴</sup> World Mental Health Survey

<sup>۵</sup> Global Burden of Disease

<sup>۶</sup> National Institute of Mental Health

مطالعات در انجام سایر بررسی‌های تحلیلی و سبب‌شناختی؛ این مطالعه با هدف بررسی شیوع اختلالات روانپزشکی در کودکان و نوجوانان شهرستان اردبیل انجام شد.

### روش کار

در این پژوهش که از نوع توصیفی مشاهده‌ای بود و در راستای طرح کشوری شیوع اختلالات روانپزشکی کودکان و نوجوانان [۱۹] انجام شد، تعداد ۱۰۳۵ کودک با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای مورد بررسی قرار گرفتند. سرخوشه‌ها به صورت تصادفی انتخاب شدند. این تعداد صرفاً از جمعیت عمومی انتخاب و بررسی شدند. برای ارزیابی اختلالات روانپزشکی از برنامه اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنیا تشخیص‌کنونی و طول عمر نسخه کودکان<sup>۱</sup> (K-SADS-PL) استفاده شد که به شکل دیجیتالی توسط افراد دوره دیده اجراء می‌گردید.

K-SADS-PL برای ارزیابی دوره‌های کنونی و قبلی اختلالات روانی در کودکان و نوجوانان ۶ تا ۱۸ سال بر اساس معیارهای DSM-IV<sup>۲</sup> تدوین شده است. پرسشنامه شامل سه بخش است: در بخش اول اطلاعات کلی مانند خصوصیات جمعیت شناختی جمع‌آوری می‌گردد. بخش دوم شامل سؤال‌های غربالگری و تعیین معیارهای اختلالات روانپزشکی است و بخش سوم یک ارزیابی کلی برای تعیین سطح عملکرد کودک می‌باشد. اعتبار و پایایی این پرسشنامه برای ارزیابی و تشخیص اختلالات روانپزشکی در کودکان و نوجوانان ایرانی تأیید شده است. در این پژوهش مصاحبه‌ها به شکل انفرادی، در درب منازل با والدین و خود کودک صورت می‌گرفت. پرسشگران ابتدا به آدرس سرخوشه‌ها

در کودکان و نوجوانان می‌باشند و اختلالات پانیک و وسواسی جبری از اختلالات اضطرابی هستند که کمترین شیوع را در کودکان و نوجوانان دارند. تحقیقات بیانگر شیوع بالای اختلال بیش‌فعالی کمبود توجه ADHD در پسران نسبت به دختران می‌باشند. شیوع اختلال نقص توجه بیش‌فعالی در کودکان و نوجوانان از ۱/۷ تا ۱۷ درصد متغیر بود ولی میانه شیوع در مطالعه رایس ۳ درصد بیان شده است. میزان شیوع اختلالات اختلال نافرمانی مقابله جویانه و اختلال سلوک از ۵ تا ۱۴ درصد با میانه ۶ درصد بیان شده است. در رابطه با اختلال سلوک مشاهده شد که سن شروع پیش‌بینی‌کننده سیر و نتایج بیماری می‌باشد هر چه سن شروع پایین‌تر باشد نتیجه اختلال وخیم‌تر می‌باشد.

در ایران هم مطالعات مختلفی شیوع اختلالات روانپزشکی را بصورت کلی یا موردی، مورد بررسی قرار داده‌اند. محرری و همکاران شیوع کلی اختلالات روانپزشکی را در شهر مشهد ۳۴ درصد گزارش کردند [۱۴]. کوچکسرای و همکاران شیوع اختلالات روانپزشکی را در شهر تبریز ۱۴/۸ درصد برآورد کردند [۱۵]. مطالعه شکیبایی و همکاران که در جمعیت دانش‌آموزی شهر اصفهان صورت گرفت شیوع افسردگی را ۲۴/۲ درصد بدست آورد [۱۶]. قمری و همکاران در اردبیل شیوع اختلال اضطرابی را در دانش‌آموزان پسر ۴/۹ و در دانش‌آموزان دختر ۱۱/۸ درصد مشاهده کردند [۱۷]. در گرگان درخشانپور و همکاران شیوع اختلال اضطرابی را ۱۴/۵ درصد بیان کردند [۱۸]. در ایران مطالعات مختلف میزان شیوع متفاوتی را برای اختلالات روانپزشکی بدست داده‌اند.

با توجه به اهمیت مطالعات شیوع در ارزیابی روند سیر بیماری در طول زمان و نقش یافته‌های اپیدمیولوژیک در طراحی برنامه‌های بهداشتی و تدارک منابع لازم برای مدیریت بیماری اعم از تخت بستری، دارو و متخصصین و همچنین نقش این

<sup>۱</sup> Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Present and Lifetime

<sup>۲</sup> The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

## یافته‌ها

کمترین سن کودک ۶ و بیشترین ۱۸ با میانگین ۱۱/۹۲ و انحراف استاندارد ۳/۸۸ سال بود. تعداد ۴۸/۲ درصد ( $n=499$ ) از شرکت کنندگان پسر و ۵۱/۸ ( $n=536$ ) درصد دختر بودند. برخی از ویژگی‌های جمعیت شناختی مهم شرکت کنندگان در جدول ۱ ارائه شده است. در جدول ۲ میزان شیوع نقطه ای و دامنه ای اختلالات روانپزشکی در نمونه مورد مطالعه به صورت نقطه‌ای و فاصله‌ای ارائه شده است. نقص توجه بیش فعالی، نافرمانی مقابله‌ای، شبادراری و اضطراب جدایی چهار اختلالی هستند که بالاترین شیوع را در نمونه مورد بررسی داشتند. اختلالات سایکوتیک، اختلال اتیسم و پانیک کمترین شیوع را داشتند. افسردگی با ۱/۷ درصد و عقب ماندگی ذهنی با ۱/۸ درصد شیوع نسبتاً متوسطی بین سایر اختلالات داشت. شیوع کلی اختلالات ۳۱/۷ درصد بود. درصد شیوع اختلالات در نمودارهای ۱ و ۲ ارائه شده است.

اختلالات روانپزشکی از جمله اختلالاتی هستند که همبندی آنها با سایر اختلالات روانپزشکی و حتی جسمانی بالا می‌باشد و شکل خالص بیماری معمولاً در بررسی‌های بالینی کمتر مشاهده می‌گردد. در جدول ۳ همبندی طبقات کلی بیماری‌ها با یکدیگر ارائه شده است. همانگونه که مشاهده می‌گردد بیشترین فراوانی مربوط به همبندی اختلالات اضطرابی با اختلالات رفتاری (۵۶ مورد)، اختلالات رفتاری با اختلالات دفعی (۱۹ مورد)، اختلالات رشدی عصبی با اختلالات خلقی (۱۸ مورد) اختلالات اضطرابی با اختلالات خلقی (۱۲ مورد) و اختلالات رشدی عصبی با اختلالات رفتاری (۱۲ مورد) می‌باشد.

مراجعه می‌کردند و سپس در جهت سمت راست پرسشگری را ادامه می‌دادند و تا تکمیل تعداد لازم از نظر سن و جنس در آن خوشه، مراجعه به درب منازل و پرسشگری را ادامه می‌دادند. در صورت عدم حضور و باز نکردن درب منزلی ۲ بار دیگر به آن خانه مراجعه می‌شد و اگر در بار سوم هم کسی در خانه حضور نداشت این خانه حذف و خانه دیگری جایگزین می‌گردید. برای جلب همکاری کودکان از مشوق استفاده شد. پرسشگری به مدت ۳ ماه ادامه یافت. اطلاعات بدست آمده در حین پرسشگری در نرم افزار ثبت می‌گردید. کلیه پرسشگری‌ها توسط کارشناسان ارشد روانشناسی صورت گرفت. تحلیل آماری داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS-22 صورت گرفت. برای هر اختلال میزان شیوع هم به صورت نقطه ای و هم به صورت فاصله‌ای ( $CI=0.95$ ) با استفاده از فرمول برآورد نسبت محاسبه گردید. در این پژوهش علائم و نشانه‌های ۲۲ نوع بیماری با استفاده از K-SADS-PL مورد ارزیابی قرار گرفت. متغیرهای جنسیت، سن و تحصیلات و وضعیت اجتماعی- اقتصادی متغیرهای فرعی می‌باشند که با پرسشنامه دموگرافیک ارزیابی شدند.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت کنندگان

|              | فاصله اطمینان (۹۵٪) | با اختلال |       | کل   |       |                     |
|--------------|---------------------|-----------|-------|------|-------|---------------------|
|              |                     | درصد      | تعداد | درصد | تعداد |                     |
| جنس          | ۲۹/۵-۳۷/۷           | ۳۳/۵      | ۱۶۷   | ۴۸/۲ | ۴۹۹   | پسر                 |
|              | ۲۶/۳-۳۴/۰۵          | ۳۰        | ۱۶۱   | ۵۱/۸ | ۵۳۶   | دختر                |
| سن           | ۳۱/۱۵-۴۱/۱          | ۳۶        | ۱۲۸   | ۳۴/۴ | ۳۵۶   | ۶-۹                 |
|              | ۲۵/۶-۳۵/۴           | ۳۰/۳      | ۱۰۳   | ۳۲/۹ | ۳۴۰   | ۱۰-۱۴               |
|              | ۲۴-۳۳/۶             | ۲۸/۶      | ۹۷    | ۳۲/۸ | ۳۳۹   | ۱۵-۱۸               |
|              |                     |           |       |      |       |                     |
| محل سکونت    | ۲۸/۹-۳۵/۱           | ۳۱/۹      | ۲۸۲   | ۸۵/۳ | ۸۸۳   | شهری                |
|              | ۲۳/۵-۳۸             | ۳۰/۳      | ۴۶    | ۱۴/۷ | ۱۵۲   | روستایی             |
| تحصیلات پدر  | ۱۹/۱-۴۹/۱           | ۳۲/۴      | ۱۱    | ۳/۴  | ۳۴    | بی سواد             |
|              | ۳۰-۴۲               | ۳۶        | ۸۱    | ۲۲/۲ | ۲۲۵   | ابتدایی             |
|              | ۳۰-۴۲               | ۳۶/۱      | ۸۸    | ۲۴/۱ | ۲۴۴   | راهنمایی/دبیرستان   |
|              | ۲۱/۴-۳۲/۲           | ۲۶/۵      | ۶۸    | ۲۵/۴ | ۲۵۷   | دیپلم               |
|              | ۱۸/۶-۳۱             | ۲۴/۳      | ۴۴    | ۱۷/۹ | ۱۸۱   | لیسانس              |
|              | ۲۴/۷-۴۶/۲           | ۳۴/۷      | ۲۵    | ۷/۱  | ۷۲    | ارشد و بالاتر       |
|              |                     | ۵۰        | ۱۱    | -    | ۲۲    | نامشخص              |
|              | ۲۳/۱-۴۵/۳           | ۳۳/۳      | ۲۲    | ۶/۴  | ۶۶    | بی سواد             |
|              | ۲۸-۳۹/۲             | ۳۳/۳      | ۸۹    | ۲۵/۹ | ۲۶۷   | ابتدایی             |
| تحصیلات مادر | ۲۷/۲-۳۸/۹           | ۳۲/۸      | ۷۹    | ۲۳/۴ | ۲۴۱   | راهنمایی و دبیرستان |
|              | ۲۷/۷-۳۸/۵           | ۳۲/۹      | ۹۶    | ۲۸/۳ | ۲۹۲   | دیپلم               |
|              | ۱۷/۲-۳۰/۸           | ۲۳/۳      | ۳۴    | ۱۴/۲ | ۱۴۶   | لیسانس              |
|              | ۱۲-۵۱               | ۲۷/۸      | ۵     | ۱/۷  | ۱۸    | ارشد و بالاتر       |
|              |                     | ۶۰        | ۳     | -    | ۵     | نامشخص              |
| شغل پدر      | ۱۹/۸-۳۰/۲           | ۲۴/۶      | ۶۵    | ۲۶   | ۲۶۴   | بخش دولتی           |
|              | ۳۰/۶-۳۷/۵           | ۳۴        | ۲۵۰   | ۷۲/۵ | ۷۳۶   | بخش خصوصی           |
|              | ۷-۴۵/۲              | ۲۰        | ۳     | ۱/۵  | ۱۵    | بیکار               |
|              |                     | ۵۰        | ۱۰    | -    | ۲۰    | نامشخص              |
| شغل مادر     | ۱۹/۶-۴۱/۲           | ۲۹/۲      | ۱۹    | ۶/۳  | ۶۵    | بخش دولتی           |
|              | ۲۲/۲-۴۴/۴           | ۳۲/۳      | ۲۱    | ۶/۳  | ۶۵    | بخش خصوصی           |
|              | ۲۸/۷-۳۴/۸           | ۳۱/۷      | ۲۸۵   | ۸۷/۴ | ۹۰۰   | بیکار خانه دار      |
|              |                     | ۶۰        | ۳     | -    | ۵     | نامشخص              |
| ۲۸/۹-۳۴/۶    |                     | ۳۱/۷      | ۳۲۸   | ۱۰۰  | ۱۰۳۵  | کل                  |

جدول ۲. شیوع نقطه ای و فاصله ای اختلالات

| اختلالات روانپزشکی       | تعداد | درصد | فاصله اطمینان(٪۹۵) |
|--------------------------|-------|------|--------------------|
| اختلالات افسردگی         | ۱۸    | ۱/۷  | ۱/۱-۲/۷            |
| پانیک                    | ۲     | ۲    | ۰/۰۵-۰/۷           |
| اختلال اضطراب جدایی      | ۷۰    | ۶/۸  | ۵/۴-۸/۴            |
| اضطراب اجتماعی           | ۳۵    | ۳/۴  | ۲/۴۴-۴/۶۶          |
| فوبی خاص                 | ۲۰    | ۱/۹  | ۱/۳-۲/۹            |
| گذر هراسی                | ۱۱    | ۱/۱  | ۰/۶-۱/۹            |
| اضطراب منتشر             | ۴۷    | ۴/۵  | ۳/۴-۶              |
| اختلال وسواسی جبری       | ۲۱    | ۲    | ۱/۳۳-۳/۰۸          |
| اختلال استرس پس از سانحه | ۲     | ۲    | ۰/۰۵-۰/۷           |
| کل اختلالات اضطرابی      | ۱۵۷   | ۱۵/۲ | ۱۳/۱-۱۷/۵          |
| اختلالات روانپریشی       | ۳     | ۳    | ۰/۱-۰/۸            |
| بیش فعالی/کمبود توجه     | ۱۲۹   | ۱۲/۵ | ۱۰/۶-۱۴/۶          |
| مخالفت جویی مقابله ای    | ۸۲    | ۷/۹  | ۴/۴۳-۹/۷۳          |
| اختلال سلوک              | ۱۹    | ۱/۸  | ۱/۲-۲/۸            |
| اختلال تیک               | ۱۷    | ۱/۶  | ۱/۰۳-۲/۶۱          |
| کل اختلالات رفتاری       | ۱۷۹   | ۱۷/۳ | ۱۵/۱-۱۹/۷          |
| عقب ماندگی ذهنی          | ۱۹    | ۱/۸  | ۱/۲-۲/۹            |
| اتیسم                    | ۱     | ۱    | ۰/۰۲-۰/۵           |
| صرع                      | ۳۶    | ۳/۵  | ۲/۵۲-۴/۷۸          |
| کل اختلالات عصبی رشدی    | ۴۸    | ۴/۶  | ۳/۵۲-۶/۱           |
| اختلالات سوء مصرف مواد   | ۱۰    | ۱    | ۰/۵-۱/۸            |
| مصرف الکل                | ۱     | ۰/۱  | ۰/۲۰-۰/۵           |
| کل سوء مصرف مواد         | ۱۰    | ۱    | ۰/۵-۱/۸            |
| شب ادراری                | ۶۴    | ۶/۲  | ۴/۹-۷/۸            |
| بی اختیاری مدفوع         | ۶     | ۶    | ۰/۲۷-۱/۲۶          |
| کل اختلالات دفعی         | ۶۶    | ۶/۴  | ۵-۸                |
| کل اختلالات روانپزشکی    | ۳۲۸   | ۳۱/۷ | ۲۸/۹-۳۴/۶          |

اختلالات اضطرابی

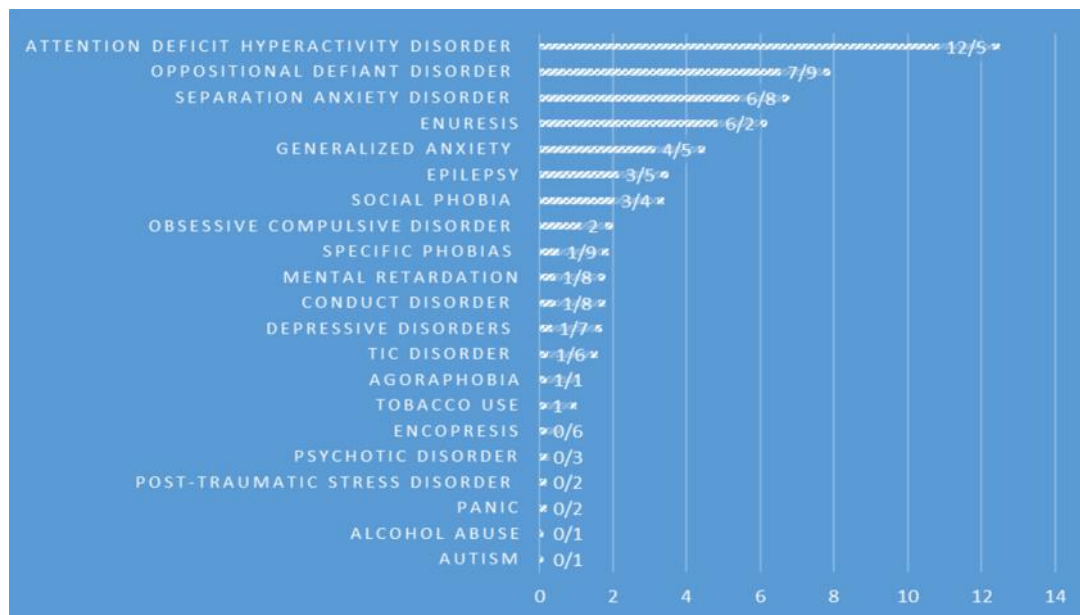
اختلالات رفتاری

اختلالات رشدی عصبی

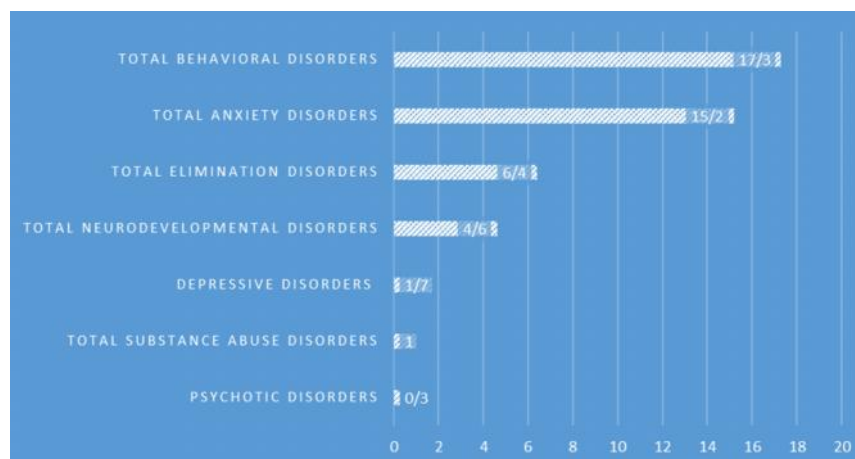
اختلالات سوء مصرف مواد

اختلالات دفعی

کل اختلالات روانپزشکی



نمودار ۱. نمودار شیوع اختلالات روانپزشکی در جمعیت کودک و نوجوان



نمودار ۲. میزان طبقات مختلف اختلالات روانپزشکی



جدول ۳. همبندی اختلالات روانپزشکی در جمعیت کودک و نوجوان شهرستان اردبیل

| اختلال اصلی            | اختلال خلقی | اختلالات سایکوتیک | اختلالات اضطرابی | اختلالات رفتاری | اختلالات رشدی عصبی | اختلالات سوء مصرف مواد | اختلالات دفعی |
|------------------------|-------------|-------------------|------------------|-----------------|--------------------|------------------------|---------------|
| تعداد(%)               | تعداد(%)    | تعداد(%)          | تعداد(%)         | F(P)            | تعداد (%)          | تعداد (%)              | تعداد(%)      |
| اختلالات خلقی          | ۱(۵/۶)      | ۱۲(۶۶/۷)          | ۷(۳۸/۹)          | ۱               | ۱(۵/۶)             | ۰                      | ۱(۱/۵۶)       |
| اختلالات سایکوتیک      | ۱           | ۲                 | ۵۶(۳۵/۷)         | ۱               | ۰                  | ۰                      | ۰             |
| اختلالات اضطرابی       | ۱۲(۷/۶)     | ۲(۱/۳)            | ۵۳(۳۱/۳)         | ۵۶(۳۵/۷)        | ۵(۳/۲)             | ۱(۰/۶)                 | ۹(۵/۷)        |
| اختلالات رفتاری        | ۷(۳/۹)      | ۱(۰/۶)            | ۵۳(۳۱/۳)         | ۱۲(۶/۷)         | ۱۲(۶/۷)            | ۳(۱/۷)                 | ۱۹(۱۰/۶)      |
| اختلالات رشدی عصبی     | ۱۸(۱/۷)     | ۰                 | ۵(۱۰/۴)          | ۱۲(۲۵)          | ۱                  | ۳(۶/۳)                 | ۷(۱۴/۶)       |
| اختلالات سوء مصرف مواد | ۰           | ۰                 | ۱                | ۳               | ۱                  | ۰                      | ۰             |
| اختلالات دفعی          | ۱(۱/۵)      | ۰                 | ۹(۱۳/۶)          | ۱۹(۲۸/۸)        | ۷(۱۰/۶)            | ۰                      | ۰             |

## بحث

معمولاً بررسی شیوع اختلالات هر از چندگاهی انجام می‌گیرد و می‌تواند روند بیماری‌ها را در طول چندسال نشان دهد. آمارها حاکی از افزایش میزان بیماری‌های روانی می‌باشند. از جمله افسار آسب پذیر در مقابل اختلالات روانپزشکی کودکان و نوجوانان می‌باشند. این مطالعه هم نشان داد که میزان شیوع بدست آمده برای کل اختلالات روانپزشکی در کودکان و نوجوانان مورد بررسی ۳۱/۷ درصد بود و نشان‌دهنده بالابودن اختلالات روانپزشکی در جمعیت کودک و نوجوان است به‌طوری که از هر چهار کودک یک کودک معیارهای تشخیصی حداقل یک اختلال روانپزشکی را دریافت می‌کند. این میزان شیوع با مطالعه کوهورت انجام شده توسط کاستلو در جمعیت ۹ تا ۱۶ ساله تقریباً انطباق دارد. در مطالعه کاستلو مشاهده شد که ۳۶/۷ درصد از شرکت کنندگان معیارهای حداقل یک اختلال روانپزشکی را داشتند [۱۱]. در تحقیق مریکانگس و همکاران در کودکان و نوجوانان ۸ تا ۱۵ ساله شیوع وزنی اختلالات روانپزشکی را بطور کلی ۱۳/۱ درصد و در تحقیق پولانزیک و همکاران ۱۳/۴ درصد [۲۰] ارائه نمودند که از میزان شیوع کلی ارائه شده در پژوهش کمتر بود [۱۳]. شاید دلیل این تفاوت این باشد که در تحقیق مریکانگس فقط اختلالات عمده دوره کودکی و نوجوانی بررسی شده است به عنوان مثال اختلالات

عقب ماندگی ذهنی، تیک مخالفت جویی مقابله ایتسم و سایر اختلالات در نظر گرفته نشده اند. در نوجوانان هلندی تحقیقات اورمل و همکاران نشان داد میزان شیوع در طول عمر اختلالات روانپزشکی ۴۴/۸ درصد است [۲۱] که بیشتر از میزان شیوع این تحقیق می‌باشد. کوت و همکاران به نقل از مارتین میزان شیوع اختلالات روانپزشکی را در جمعیت کودک و نوجوان ۱۲/۹ درصد گزارش کرده اند [۱۰]. مطالعات نشان دهنده روند رو به رشد اختلالات روانپزشکی در جمعیت کودک و نوجوان در کشورهای مختلف پیشرفته و رو به رشد می‌باشد [۲۰، ۲۲]. در ایران تحقیقات محرری و همکاران نشان داد که ۳۴ درصد شرکت کنندگان دارای اختلال روانپزشکی بودند که با میزان ارائه شده در این پژوهش همخوانی دارد [۲۲]. تحقیقات قبلی انجام شده در ایران شیوع بین ۱۷ تا ۴۷ درصد را نشان داده بودند [۲۴، ۲۳].

بطور کلی می‌توان گفت میزان شیوع کلی اختلالات روانپزشکی کودک و نوجوان ارائه شده در این تحقیق نسبت به اکثر تحقیقات انجام شده بالاتر بود. بالا بودن میزان اختلالات روانپزشکی کودک و نوجوان به عوامل متعدد و چندگانه ای مانند عوامل خانوادگی، فرهنگی، اجتماعی- سیاسی، مادی و اقتصادی زیست محیطی مرتبط است [۱۰]. برای مشخص شدن عوامل آسیب‌زای روانی تحقیقات دقیق و کنترل‌شده‌ای مورد نیاز است. با توجه به افزایش زیاد میزان طلاق [۲۵]

سبب‌شناسی نیاز به بررسی‌های بیشتر و دقیق‌تری دارد.

### نتیجه گیری

میزان شیوع اختلالات روانپزشکی در جمعیت کودک و نوجوان اردبیل بالا است. ضروری است دست‌اندرکاران بهداشت ضمن بررسی دلایل این پدیده و عوامل تاثیرگذار بر آن برنامه‌های پیشگیرانه‌ای برای عموم جمعیت طراحی و به مورد اجرا گذارند. اختلال اولویت دار برای مداخله می‌تواند اختلال ADHD باشد.

### محدودیت‌های تحقیق

از محدودیت‌های این پژوهش کافی نبودن تعداد افراد نمونه با سکونت روستایی، مشارکت ندادن ساکنین سایر شهرستان‌های استان، محدودبودن تشخیص به K-SADS-PL و نداشتن فرم موازی یا هر روش دیگری به عنوان ملاک از محدودیت‌های مهم این پژوهش بودند.

### پیشنهادهای

پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده از ابزارهای جدیدتر مبتنی بر DSM-5 استفاده شود. نمونه مورد بررسی از تمام جمعیت استان انتخاب شود و سبب‌شناسی بیماری‌های روانپزشکی کودک و نوجوان را بیشتر مد نظر قرار دهد.

### تشکر و قدردانی

از کلیه افراد شرکت کننده و خانواده‌های آنها، و همچنین نهادها و موسساتی که در پیشبرد طرح همکاری نمودند، همچنین از مؤسسه ملی توسعه تحقیقات علوم پزشکی؛ نیماد (شماره گرنت: ۹۴۰۹۰۶) و مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی دانشگاه علوم پزشکی تهران و دانشگاه علوم پزشکی اردبیل و پرسشگران محترم تشکر می‌گردد.

می‌توان تصور کرد بسیاری از کودکان و نوجوانان با مشکلات خانوادگی جدی روبرو هستند. نرخ بیکاری در کشور ایران نسبت به بسیاری از کشورها زیاد است و بیکاری باعث فشار روانی بر خانواده‌ها می‌گردد [۲۶]. ناامنی اقتصادی تورم و گرانی، فشار مالی و روانی زیادی را به بسیاری از خانواده‌ها وارد می‌کند و زندگی کودکان و نوجوانان را تحت تاثیر قرار می‌دهد. با توجه به آمارهای بدست آمده و بالا بودن میزان اختلالات روانپزشکی کودک و نوجوان مسئولین و دست‌اندرکاران سیستم‌های سلامتی جامعه می‌توانند جهت ارتقاء سطح سلامت کودکان و نوجوانان برنامه ریزی و اقدامات مناسب را در نظر بگیرند.

بیش فعالی، نافرمانی مقابله‌ای، شب‌ادراری و اضطراب جدایی چهار اختلالی هستند که بالاترین شیوع را به ترتیب در نمونه مورد بررسی داشتند. در تحقیق کسler اختلالات اضطرابی سپس اختلالات رفتاری و بعد اختلال خلقی در رده بعدی قرار داشتند. در این پژوهش مشکلات رفتاری اولویت بارزی نسبت به اختلالات اضطرابی و خلقی دارد. البته همانگونه که کاستلو متذکر می‌شود اختلالات اضطرابی و خلقی با افزایش سن افزایش می‌یابند در حالی که اختلالات رفتاری کاهش می‌یابند. بطور کلی تحقیقات بیانگر افزایش میزان اختلالات در جمعیت کودک و نوجوان می‌باشند. تحقیقات پولانزیک هم مانند کسler بیشترین شیوع را به اختلالات اضطرابی و خلقی متعلق می‌داند. بنابراین یافته‌های این پژوهش با یافته‌های کسler پولانزیک، کاستلو و اورمل همسو نمی‌باشد. اورمل معتقد است اگر معیارهای تشخیصی را درست در نظر بگیریم شیوع ADHD خیلی زیاد نیست. بنابراین عدم تفکیک شلوعی طبیعی با بیش فعالی به عنوان یک اختلال را با دقت بیشتر باید تفکیک نمود. ممکن است بالابودن برخی از اختلالات مانند ADHD دلایل ژنتیک داشته باشد، به هر حال ابراز نظر در زمینه

## References

- 1- Malekafzali H, Nasser K. Principles of Epidemiology. Mazner J, Ban Anita K. 2<sup>nd</sup> ed. Tehran University Publishing Center. 1996:239.[Full text in Persian]
- 2- Kuh D, Shlomo YB. A life course approach to chronic disease epidemiology. 2<sup>nd</sup> ed. Oxford University Press ;2004:110-180.
- 3- Prince M, Stewart R, Ford T, Hotopf M. Practical psychiatric epidemiology.first edition. Oxford, New York; 2003:25-40
- 4- Tsuang MT, Tohen M, Jones P. Textbook of psychiatric epidemiology. 3<sup>rd</sup> ed. New York. John Wiley & Sons; 2011:10-50
- 5- Angold A, Messer SC, Stangl D, Farmer E, Costello EJ, Burns BJ. Perceived parental burden and service use for child and adolescent psychiatric disorders. Am J Public Health. 1998 Jan; 88(1): 75–80.
- 6- Erskine H, Moffitt TE, Copeland W, Costello E, Ferrari A, Patton G, et al. A heavy burden on young minds: the global burden of mental and substance use disorders in children and youth. Psychol Med. 2015 May ;45(7):1551-63.
- 7- Wenar C, Kerig P. Developmental psychopathology: From infancy through adolescence. 6<sup>th</sup> ed. UK: McGraw-Hill, 2000: 120-128.
- 8- Burman E. Deconstructing developmental psychology. 2<sup>nd</sup> ed. Routledge; 2016:280-294.
- 9- Merikangas KR. Time trends in the global prevalence of mental disorders in children and adolescents: Gap in data on US youth. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2018 May;57(5):306-307.
- 10- Martin A, Volkmar FR, Lewis M. Lewis's child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook.5<sup>th</sup> ed. New york. Lippincott Williams & Wilkins; 2007.115-251
- 11- Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. Arch Gen Psychiatry. 2003 Aug;60(8):837-44.
- 12- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry. 2005 Jun;62(6):593-602.
- 13- Merikangas KR, He J-P, Brody D, Fisher PW, Bourdon K, Koretz DS. Prevalence and treatment of mental disorders among US children in the 2001–2004 NHANES. Pediatrics. 2010 Jan;125(1):75-81.
- 14- Moghaddam HK, Moharreri F, Fard AR, Rezaiyan MK. Epidemiology of psychiatric disorders: The situation of Mashhad city during 2010-2016. J Fundam Ment Health. 2017 Nov ;19(6). 247-253
- 15- Ranjbar F, Nabal del Y, Fakhari A, Dadashzadeh H. The prevalence of psychiatric disorders in children and adolescents in the northwest of Tabriz. Med J Tabriz Univ Med Sci: 2003 Autumn, 37(59) (Supplement); 56 - 60. [Full text in Persian]
- 16- Shakibaei F, Esmaeili M. Study of MDD epidemiology in students of middle school (11-16 yrs. old) Of Esfahan city in 2007- 8. Journal of Research in Behavioral Sciences. 1393; 12 (2): 274-284. [Full text in Persian]
- 17- Ghamari GH, Abolghasemi A, Fallahzadeh M. The prevalence of generalized anxiety disorder among fifth grade students and the effectiveness of internal and external self-esteem techniques on reducing it. Psychological Factors: 2009; 5( 2): 9 - 26. [Full text in Persian]
- 18- Derakhshanpour F, Izadiar H, Shahini N, Vakili MA. Anxiety level study in elementary school students in Gorgan city. pajoohande. (2016): 30-34. [Full text in Persian]
- 19- Mohammadi MR, Ahmadi N, Kamali K, Khaleghi A, Ahmadi A. Epidemiology of psychiatric disorders in iranian children and adolescents (IRCAP) and its relationship with social capital, life style and parents' personality disorders: study protocol. Iran J Psychiatry. 2017 Jan; 12(1): 66–72. [Full text in Persian]
- 20- Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. J Child Psychol Psychiatry. 2015 Mar;56(3):345-65.

- 21- Ormel J, Raven D, van Oort F, Hartman C, Reijneveld S, Veenstra R, et al. Mental health in Dutch adolescents: a TRAILS report on prevalence, severity, age of onset, continuity and co-morbidity of DSM disorders. *Psychol Med*. 2015 Jan;45(2):345-60.
- 22- Atladottir HO, Gyllenberg D, Langridge A, Sandin S, Hansen SN, Leonard H, et al. The increasing prevalence of reported diagnoses of childhood psychiatric disorders: a descriptive multinational comparison. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2015 Feb;24(2):173-83.
- 23- Moharreri F, Habrani P, Heidari Yazdi A. Epidemiological survey of psychiatric disorders in children and adolescents of Mashhad in 2009. *J Fundam Ment Health*. 2015 Sep-Oct;17(5):247-53.
- 24- Heidari J, Azimi H, Mahmoudi Gh, Mohammadpour RA. The prevalence of behavioral-emotional disorders and its related factors in primary school students in Sari in 2005-2006. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2007 Jan; 16(56): 91-100.
- 25- Yahiazada. The issues of divorce children in Iran and related interventions: Meta-analysis of available articles. *Female and family studies*. 2016 Feb 20; 3 (2): 91-120. [Full text in Persian]
- 26- Ahmadvand A , Sepehrmanesh Z, Ghoreyshi F, Assarian F, Moosavi Gh A, Saei R, et al. The prevalence of mental disorders in the general population of Kashan in 2008. *Iranian J Epidemiol*. 2010 Sep; 6 (2): 16-24.